Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Service de Santé des Armées

ECOLE DU VAL DE GRACE

BUREAU DES CONCOURS

CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DE SANTÉ DES ARMÉES ANNÉE 2015

(Catégorie Baccalauréat)

Sections médecine et pharmacie

NOM
.....

Prénom
.....

Né(e) le
.....

DRSSA/DIASS :
.....
(rempli par la DRSSA/DIASS de rattachement)

(Ne pas agrafer le haut)

Composition du dossier d'inscription.

Pièces à présenter dans l'ordre suivant :

1-*Documents administratifs* :

– Fiche de candidature remplie, datée et signée (imprimé n°I).

– Consentement du représentant légal pour les candidat(e)s âgé(e)s de moins de 18 ans (imprimé n°II).

– Fiche de connaissance du concours.

– Certificat de scolarité (classe de terminale) ou photocopie du diplôme permettant l'accès à ce concours. La photocopie du diplôme du baccalauréat ainsi que le relevé de notes devront être fournis au plus tard le dernier jour de l'oral.

– Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité en cours de validité (ou le cas échéant, une photocopie du passeport en cours de validité).

– Un certificat individuel de la participation à la journée défense citoyenneté (JDC) signé par l'intéressé (ou le cas échéant, une photocopie de l'attestation de recensement pour les candidats n'ayant pas encore participé à la JDC).

2-*Documents médicaux :*

– Questionnaire médico-biographique (imprimé n° III), un certificat médical d'aptitude initiale (imprimé n° IV) et un certificat médico-administratif d'aptitude initiale (imprimé n° V) datant de **moins d'un an** à la date de dépôt du dossier, délivrés obligatoirement par **un médecin des armées** ou, à défaut, pour les candidats résidant à l'étranger, par un médecin désigné par l'autorité consulaire, attestant de l'aptitude à l'entrée à l'école de santé des armées; le questionnaire médico-biographique (imprimé n° 620-4*/9) et le certificat médical d'aptitude initiale (imprimé 620-4*/10) sont mis sous enveloppe « confidentiel médical » par le médecin des armées.

Le candidat, après avoir vérifié que le dossier est complet et classé selon l'ordre ci-dessus l'envoi **en recommandé avec accusé de réception** aux autorités dont les adresses sont données en dernière page du dossier.

Nota :

Le 20 février 2015 : Date limite de dépôt du dossier d'inscription le cachet de la poste faisant foi*.

Le 15 avril 2015 : Date des épreuves écrites

FICHE DE CANDIDATURE

AU CONCOURS D'ADMISSION D'ELEVES OFFICIERS MEDECINS ET PHARMACIENS
A L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES.

NOM :……

PREMIER PRENOM :……

AUTRES PRENOMS :……...

DATE DE NAISSANCE :…….

VILLE DE NAISSANCE :……

N° DEPARTEMENT :……

PAYS :…….

Adresse unique à laquelle doivent être acheminées toutes les correspondances relatives aux concours :

L'attention des candidats est attirée sur la nécessité de faire suivre leur courrier auprès de La Poste en cas de changement provisoire d'adresse et sur l'importance de la fiabilité des informations fournies (mail et numéro de téléphone)

N°,
rue :…….....

Lieu-dit :……

Commune : ……...

Code postal : …….

Pays : ……

Numéros de téléphone où le candidat peut-être contacté (fixe et portable) : ……...

Adresse Internet : …….

Coordonnées l'établissement scolaire ou universitaire fréquenté :……. ……

……...

Coordonnées l'établissement scolaire ou a été effectuée la terminale :……

……..

Année de la terminale : ……

Diplômes obtenus, cycle universitaire en cours :……..

Renseignements complémentaires jugés utiles :……...

……...

Orientation préférentielle : (Numéroter 1 ou 2)

☐ **Médecine** ☐ **Pharmacie**

A ……..le,

(signature du candidat)

DECLARATION

(à joindre au dossier si le candidat est mineur à la date des épreuves écrites du concours)

Je soussigné(e) M. ou Mme …….(1)

demeurant…….(2)

……...

agissant en tant que- père – mère – tuteur légal (3), détenant l'autorité parentale, autorise l'enfant mineur……...

……..(4)

né(e) le ……. A ……...(5)

à participer aux épreuves écrites du concours d'admission à l'Ecole de santé des armées de Lyon-Bron qui

doivent avoir lieu le ……(6)

Fait à ……(7)

Le……..

Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles et compléter.
(2) Adresse complète, avec n°, voie, ville et code postal.
(3) Rayer les mentions inutiles.
(4) Nom et prénoms du candidat.
(5) Date et lieu de naissance du candidat avec ville et code postal.
(6) Compléter en fonction de la date donnée dans la documentation.
(7) Lieu de signature de l'autorisation.
(8) Date de signature de l'autorisation.

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/ AST/AS du 22 mars 2000.

QUESTIONNAIRE MEDICO-BIOGRAPHIQUE

CONFIDENTIEL MEDICAL

- A renseigner lors de la visite médicale initiale ou de sélection -

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

SITUATION DE FAMILLE : ..... NOMBRE D'ENFANTS : .....

PROFESSION ACTUELLE : .....

- Répondez au questionnaire médical en cochant la case correspondant à votre cas ☐ OUI ☐ NON
- Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Age du père : ..... ans ; est-il malade : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, quelle est sa maladie : .....

Si décédé, précisez la cause : .....

Age de la mère : ..... ans ; est-elle malade : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, quelle est sa maladie : .....

Si décédé, précisez la cause : .....

Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-il eu une de ces maladies :

- Asthme : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Tuberculose : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Hypertension artérielle ou maladie de cœur : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Mort subite (d'effort ou NON) : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Diabète : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Cancer : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Maladie nerveuse : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Autre maladie : ..... ☐ OUI ☐ NON

ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS : Avez vous eu une des maladies suivantes :

- Bronchite fréquente : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Asthme : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Tuberculose : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Syncope, évanouissement : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Palpitations : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Hypertension artérielle ou maladie du cœur : ..... ☐ OUI ☐ NON

  Si OUI, précisez : .....
- Manifestations d'intolérance à l'effort (malaises divers) : ..... ☐ OUI ☐ NON

  Si OUI, précisez : .....
- Diabète : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Jaunisse – Hépatite : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez : .....

- Ulcère d'estomac : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Autres troubles digestifs : ..... ☐ OUI ☐ NON

- Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez : .....

- Calcul rénal ou urinaire : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Rhumatisme articulaire aigu : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Méningite, encéphalite : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Epilepsie, convulsions : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Paralysies : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Maladies gynécologiques : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Autres maladies : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez : .....

- Avez-vous déjà été hospitalisé : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez le motif: .....

TERRAIN ALLERGIQUE :

- Etes-vous allergique à certains médicaments : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquels : .....

- Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma) : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins) : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous des contre-indications aux vaccinations : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquelles : .....

- Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes ou d'abeilles : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, avez-vous été désensibilisé : ..... ☐ OUI ☐ NON

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour un de ces problèmes :
  - Appendice : ..... ☐ OUI ☐ NON
  - Hernie(s) : ..... ☐ OUI ☐ NON
  - Autres à préciser : ..... ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous eu une anesthésie générale : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI: y avait-il eu perte de connaissance : ..... ☐ OUI ☐ NON

Vous reste-t-il des séquelles : ..... ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous eu des fractures des membres : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, à quel membre : .....

Etes vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque : ..... ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Autres antécédents (luxations, entorses …) : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, préciser : .....

YEUX :

- Portez-vous des lunettes : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Portez-vous des lentilles ou verres de contact : ..... ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous des problèmes de vision des couleurs : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu d'autres maladies des yeux : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc…) : ☐ OUI ☐ NON

NEZ GORGE OREILLES DENTS :

- Entendez-vous mal : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des troubles de l'équilibre : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou : ☐ OUI ☐ NON
- Utilisez-vous régulièrement un baladeur : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous des caries dentaires : ☐ OUI ☐ NON

COLONNE VERTEBRALE :

- Souffrez vous du dos ou de la colonne vertébrale : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : - est-ce en permanence : ☐ OUI ☐ NON
- après effort : ☐ OUI ☐ NON
- les douleurs sont-elles apparues après un accident : ☐ OUI ☐ NON

TROUBLES NERVEUX :

- Avez-vous fréquemment mal à la tête : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie) : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous été en institut médico-pédagogique : ☐ OUI ☐ NON

HABITUDES DE VIE :

- Faites-vous du sport : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI - Indiquez le ou les sports pratiqués : .....
- Depuis quand et nombre d'heures par semaine : .....

- Etes-vous fumeur habituel de tabac : ☐ OUI ☐ NON
- Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc…) : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques : ☐ OUI ☐ NON

Si OUI - Précisez lesquels : .....
- En avez-vous pris récemment : ☐ OUI ☐ NON
- Etes vous sous traitement substitutif d'une toxicomanie : ☐ OUI ☐ NON

- Avez-vous été traité pour maladie sexuelle : ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH : ☐ OUI ☐ NON
- Etes-vous donneur de sang régulier : ☐ OUI ☐ NON

TRAITEMENTS :

- Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI - Quels médicaments : .....

AUTRE(S) MALADIE(S) NON SIGNALEE(S) DANS LE QUESTIONNAIRE :

Laquelle
(lesquelles)……

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

- Est ce votre première visite médicale pour l'admission dans les armées ou la gendarmerie : ..... ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous déjà servi dans les armées ou la gendarmerie : ..... ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : Avez-vous eu des problèmes médicaux : ..... ☐ OUI ☐ NON

- Si OUI, lesquels : .....

Coordonnées de votre médecin traitant habituel :

- Nom et prénom : .....
- Adresse : .....
- Code postal et ville : .....
- Téléphone : .....

Je soussigné certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.

Date et signature du candidat

Cachet ou indication de l'unité (N° FORSSA) ou de l'organisme dont relève le médecin ayant effectué la visite

DOCUMENT A JOINDRE AU CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE

Imprimé n° 620-4*/10.

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/ AST/AS du 22 mars 2000.

CONFIDENTIEL MEDICAL

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE INITIALE (1)

(Certificat à remettre au candidat sous pli cacheté «confidentiel médical»).

Je soussigné(e), médecin (2) .....

après avoir examiné M^{r}, Mme, Melle (3) ..... né(e) le ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋

J M A

demeurant à ..... code postal .....

certifie avoir fait les constatations suivantes :

SIGLE G =

ASPECT GENERAL (4)**:**

BIOMETRIE – Taille (cm) : ⌊_⌊_⌊_⌋ Poids (en kg) : ⌊_⌊_⌊_⌋

– Indice de masse corporelle P/(T)² : .....

Rachis : .....

Sangle abdominale : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

Allergies identifiées : .....

Etat vaccinal : Connu ☐ Non connu ☐

VACCINS	Date dernière vaccination
B.C.G.	
Diphtérie-Tétanos-Polio	
Coqueluche	
R.O.Rubéole	
Méningite à Méningo	
Hépatite B	
Hépatite A	
Fièvre jaune	
Typhoïde	

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Examen clinique : .....

Examens paracliniques (5) : .....

APPAREIL CIRCULATOIRE :

Pouls : ..... Tension artérielle : .....

Examen clinique : ***Cœur :***

Système circulatoire périphérique artériel : .....

Système circulatoire périphérique veineux : .....

E.C.G (6) : .....

ETAT BUCCO-DENTAIRE : Satisfaisant ☐ Déficient ☐

Caries dentaires multiples ☐

Maxillaire droit	Valeur : 2 5 5 3 3 4 1 2 Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1	2 1 4 3 3 5 5 2 : Valeur 1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents
	Dents : 8 7 6 5 4 3 2 1 Valeur : 3 5 5 3 3 4 1 1	1 2 3 4 5 6 7 8 : Dents 1 1 4 3 3 5 5 3 : Valeur

Maxillaire gauche

Articulé dentaire : .....

Coeff. Mastication ☐ %

APPAREIL DIGESTIF :

Examen clinique : .....

Examens paracliniques (5) : .....

APPAREIL GENITO-URINAIRE :

Examen clinique : .....

Analyse des urines : - Protéines : ..... - Glucose : ..... - Sang : .....

- Recherche de ß.H.C.G (5) : .....

- Examen gynécologique (7) : .....

- Situation obstétricale : ..... Apte ☐ Inapte temporaire ☐

APPAREIL NEUROLOGIQUE :

Antécédents (traumatisme crânien, perte de connaissance, comitialité …) : .....

Examen clinique : .....

Examens paracliniques (5) : .....

GLANDES ENDOCRINES : .....

APPAREIL SPLENO GANGLIONNAIRE : .....

PEAU ET MUQUEUSES : .....

SIGLE S = **MEMBRES**

.....

SIGLE I = **MEMBRES**

.....

SIGLE Y = **YEUX ET VISION** (8) **:**

Expertise par un spécialiste (9) : ..... OUI ☐ NON ☐

Antécédents : .....

Examen clinique : .....

Examens paracliniques : .....

	Acuité visuelle		**Correction indiquée**	**Milieux transparents**	**Fond d'œil**	**Vision binoculaire**
	sans correction	**avec correction**				
O.D.						
O.G.						

SIGLE C = SENS

Expertise par un spécialiste : ..... OUI ☐ NON ☐

Test de capacité chromatique professionnelle (9) : ..... satisfaisant ☐ non satisfaisant ☐

SIGLE O = OREILLES ET AUDITION

Expertise par un spécialiste : ..... OUI ☐ NON ☐

Antécédents : .....

Troubles fonctionnels (labyrinthiques ou particulier) : .....

Examen des tympans : .....

Examens paracliniques (5) : .....

AUDIOGRAMME (obligatoire)

		125	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	Hz
	10									
	20									
	30									
	40									
O.D.	**50**									
	60									
	70									
	80									
	90									
	100									

	125	250	500	1000	2000	4000	6000	8000	Hz	
10										
20										
30										
40										
50										**O.G.**
60										
70										
80										
90										
100										

SIGLE P = PSYCHISME :

Antécédents : .....

Conduites addictives (alcool, drogues, médicaments détournés de leur usage) : .....

.....

Constatations et observations : .....

Aptitude particulière des candidats à l'entrée dans la Gendarmerie :

☐ **Absence de toxicomanie avérée ou décelée cliniquement ou biologiquement.**

☐ **Absence de bégaiement prononcé.**

☐ **Non contre-indication au port d'armes.**

CONSTATATIONS DIVERSES **(11) :** .....

.....

.....

En conséquence, j'estime que Mr, Mme, Melle (12) :.....

présente le profil médical suivant :

S	I	G	Y	C	O	P

Ne présente ce jour aucune affection patente contre-indiquant la pratique des épreuves sportives : ☐

Présente ce jour une affection contre-indiquant la pratique des épreuves sportives :
- A titre temporaire ☐
- A titre définitif ☐

A (lieu) , le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
J M A

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation et signature du médecin qui a examiné le candidat.
NUMERO ADELI

CARTOUCHE RESERVE A L'INCORPORATION

- Faits pathologiques nouveaux :

Date d'incorporation	S	I	G	Y	C	O	P
le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ J M A							

Nom, prénom, grade, fonction, unité d'affectation et signature du médecin incorporateur.
NUMERO ADELI

---

(1) Le certificat médical d'aptitude initiale n'a qu'une valeur provisoire. En effet, Les candidats admis bénéficient à leur arrivée dans l'armée choisie d'une visite médicale d'incorporation, à l'issue de laquelle ils peuvent être déclarés inaptes si leur état médico-psychologique ne correspond pas aux conditions exigées pour l'admission à certaines spécialités.
(2) Nom, prénom, grade et fonction du médecin des armées qui a pratiqué l'examen.
(3) Nom (en capitales) et prénoms du (de la) candidat(e) ; pour les femmes mariées, utiliser le nom patronymique puis le nom d'usage.
(4) Impression d'ensemble, type morphologique, musculature, obésité, etc….
(5) Examens complémentaires à ne pratiquer que sur prescription médicale motivée et non à titre systématique (sauf ECG).
(6) L'ECG est pratiqué systématiquement.
(7) Examen gynécologique pratiqué uniquement sur symptomatologie fonctionnelle et par un spécialiste.
(8) Pour tout Y > 2, et en cas de doute sur le coefficient 2 ou 3 à attribuer au sigle Y, et en cas de suspicion d'une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, le candidat sera adressé à la consultation d'ophtalmologie de l'HIA de rattachement (joindre le billet de consultation du spécialiste au présent certificat).
(9) Expertise par un spécialiste militaire obligatoire pour les candidats aux écoles d'officier Marine (joindre le billet de consultation du spécialiste).
(10) Pour tout O > 2, et en cas de doute sur le coefficient 2 ou 3 à attribuer au sigle O, et en cas de suspicion d'une anomalie à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, une consultation spécialisée sera demandée (joindre le billet de consultation du spécialiste).
(11) Mentionner ici les traitements en cours.
(12) Inscrire les noms et prénoms du (de la) candidat(e).

MINISTERE DE LA DEFENSE

SERVICE DE SANTE DES ARMEES

Imprimé n° 620-4*/12.

Instruction n° 1300/DEF/DCSSA/ AST/AS du 22 mars 2000.

Format : 21 x 29,7.

CERTIFICAT MEDICO -ADMINISTRATIF D'APTITUDE INITIALE
(DUREE DE VALIDITE UN AN SAUF MENTION CONTRAIRE)

NOM : ..... Prénom
..... Sexe : .....
Né(e) le : .....
Demeurant à : .....

S	I	G	Y	C	O	P

Aptitude à subir les épreuves physiques et sportives préalables à l'engagement ou à l'admission dans une école (1) :

OUI ☐ NON ☐ { A titre temporaire ☐ / A titre définitif ☐

A/ ENGAGEMENT – VOLONTARIAT – PREPARATION MILITAIRE
(RAYER LES MENTIONS INUTILES)

		Décision médicale(à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante)		
TYPES D'APTITUDES	**(2)**	Apte	Inapte	Inapte temporaire (Durée)
Aptitude Générale au service				
Aptitude à la désignation outre-mer				
Aptitude à la spécialité de : ……				
Aptitude Troupes aéroportées				
Aptitude au service à la mer				

B/ ADMISSION DANS LES ECOLES ET LYCEES MILITAIRES

	Décision médicale(à indiquer en toutes lettres dans la case correspondante)		
	Apte	Inapte	Inapte temporaire (Durée)
Ecole (3)			
Ecole (3)			
Ecole (3)			
Ecole (3)			

Durée de validité du certificat (si inférieure à un an) : .....

A *(Lieu)* : ……Le *(date)* : ……
Le médecin (4) : ……

Signature

(1) L'intéressé(e) ne présente ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique des épreuves sportives.
(2) Cocher la (ou les) case(s) concernée(s).
(3) Compléter l'identification des écoles postulées.
(4) Nom, prénom, grade, fonction, affectation, signature du médecin examinateur.

FICHE DE CONNAISSANCE DU CONCOURS

CONCOURS D'ADMISSION D'ELEVES OFFICIERS MEDECINS ET PHARMACIENS A L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES.

1- Comment avez-vous appris l'existence du concours ?

- par ma famille ☐
- par des relations ☐
- par mon lycée ☐
- par internet ☐
- par la presse ☐
- par la JAPD ☐
- lors d'un salon ou forum ☐

2- Est-ce que les informations reçues ont répondu à votre attente ?

- oui ☐
- partiellement ☐
- non ☐

Si non ou partiellement, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette fiche devra impérativement être retournée avec le dossier de candidature.

Elle sera traitée de façon totalement anonyme

DIRECTIONS REGIONALES DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES

1° candidat résidant en métropole

NUMEROS DE CODE DES DEPARTEMENTS DOMICILE DU CANDIDAT	ADRESSES	
02, 59, 60, 62, 75, 77, 78, 80, 91, 92, 93, 94, 95	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Saint Germain-en-Laye Base des Loges 8 Avenue du Président Kennedy BP 40 202 78102 Saint-Germain-en-Laye Cedex	Monsieur le Directeur Régional d en-Laye Base des Loges 8 Avenue du Président Kennedy BP 40 202 78102 Saint-Germain-en-Laye C
14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Brest BCRM BREST – DRSSA de Brest - CC 05 29240 Brest cedex 9	Monsieur le Directeur Régional d BCRM BREST – DRSSA de Br
08, 10, 21, 25, 39, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 67, 68, 70, 71, 88, 89, 90	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Metz Caserne Ney CS 30001 57044 Metz cedex 1	Monsieur le Directeur Régional d Caserne Ney CS 300001 57044 Metz cedex 1
01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63, 69, 73, 74	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Lyon Quartier Général Frère BP 41 69998 Lyon Cedex 04	Monsieur le Directeur Régional d 1 bis, place Bellevue BP 4467 69241 Lyon Cedex 04
04, 05, 06, 11, 13, 30, 34, 48, 66, 83, 84, 2A/2B	BCRM Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Toulon BP 680 83800 Toulon Cedex 09	BCRM Monsieur le Directeur Régional d BP 680 83800 Toulon Cedex 09
09, 12, 16, 17, 19, 23, 24, 31, 32, 33, 40, 46, 47, 64, 65, 79, 81, 82, 86, 87	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Bordeaux caserne Nansouty 223, rue de Bègles CS 21152 33080 Bordeaux Cedex	Monsieur le Directeur Régional d caserne Nansouty CS 21152 33068 Bordeaux Ced

2° candidat résidant outre-mer ou à l'étranger :

NUMEROS DE CODE DES DEPARTEMENTS DOMICILE DU CANDIDAT	ADRESSES	NUMEROS DE TELEPHONE
Antilles	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées aux Antilles, Mome Desaix, BP 608, 97261 Fort-de-France Cedex	05 96 39 59 22
Guyane	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées en Guyane, Quartier La Madelaine, CS 56019, 97306 Cayenne Cedex	05 94 39 55 77
Nouvelle-Calédonie	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées en Nouvelle-Calédonie, BP 38, 98863 Nouméa Cedex	00 687 29 24 73
Polynésie	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé en Polynésie française, BP 9462 98715 PAPEETE CMP	00 689 46 31 29 00 689 46 31 37
Réunion	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces Armées de la Zone Sud de l'Océan Indien, Caserne Lambert, BP67709, 97804 Saint-Denis Messag Cedex 09	02 62 93 51 27 02 62 93 51 28
Djibouti	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces françaises, stationnées à Djibouti, SP 85002, 00812 Armées	00 253 35 13 51, poste 1065
Emirats Arabes Unis	Monsieur le Directeur interarmées du Service de Santé des Forces françaises DIASS FFEAU SP 15066, 00200 HUB Armées	
Autres	Monsieur le Directeur Régional du Service de Santé des Armées de Saint Germain-en-Laye Base des Loges 8 Avenue du Président Kennedy BP 40 202 78102 Saint-Germain-en-Laye Cedex	01 39 21 22 12